

# 112年新北市驗光生公會學童公益配鏡計畫 NO: 0001

## 配鏡單

姓名: \_\_\_\_\_ 男/女

學校: \_\_\_\_\_ 班級: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

PG		SPH.	CYL.	AXIS.	PD	鏡架
處 方	R					
	L					
學校審核章:			驗光所:		鏡片	
<p>註: 依驗光人員法第十二條: 驗光人員對於六歲以上十五歲以下者第一次驗光及配鏡, 應於醫師確診為非假性近視, 始得為之。</p>						
領取人簽章:				配鏡日期		交件日期
				年 月 日		月 日

第一聯 驗光所收執聯

\* 符合資格之學童請至合作特約驗光所(詳見背面), 出示低收入證明或校方蓋章證明及眼科醫師處方先箋, 接受配鏡服務  
活動時間: 即日期至112年12月15日止

# 112年新北市驗光生公會學童公益配鏡計畫 NO: 0001

## 配鏡單

姓名: \_\_\_\_\_ 男/女

學校: \_\_\_\_\_ 班級: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

PG		SPH.	CYL.	AXIS.	PD	鏡架
處 方	R					
	L					
學校審核章:			驗光所:		鏡片	
<p>註: 依驗光人員法第十二條: 驗光人員對於六歲以上十五歲以下者第一次驗光及配鏡, 應於醫師確診為非假性近視, 始得為之。</p>						
領取人簽章:				配鏡日期		交件日期
				年 月 日		月 日

第二聯 新北市驗光生公會收執聯

\* 符合資格之學童請至合作特約驗光所(詳見背面), 出示低收入證明或校方蓋章證明及眼科醫師處方先箋, 接受配鏡服務  
活動時間: 即日期至112年12月15日止